

Carcinoma basoescamoso

Basosquamous carcinoma

Soky Del Castillo-Cabrera,¹

Emma Escalante-Jibaja²

1 Médico residente de Dermatología, Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (HCFAP)

2 Médico dermatóloga asistente, HCFAP



El estudio histopatológico de la muestra tomada por biopsia en sacabocado informa carcinoma basocelular ulcerado infiltrante. Fue evaluada por oncología y cirugía. Se realizó exéresis de la lesión, con resección amplia. El informe histopatológico de la pieza operatoria fue carcinoma basoescamoso (CBE) infiltrante multicéntrico con bordes quirúrgicos libres de neoplasia.

El CBE se describe clásicamente junto con los carcinomas basocelulares. Las características clínicas del CBE son difíciles de dilucidar, en virtud de que tiene rasgos semiológicos de carcinomas basocelular y escamocelular. En general, se llega al diagnóstico solo después de la biopsia. El CBE es una neoplasia cutánea poco frecuente, de 1,5 % a 2,7 % de los cánceres de piel,^{1,2} con predominio en el sexo masculino y alrededor de la séptima década de vida.³ La mayoría de los CBE aparecen en la cabeza y el cuello (80%), con predominio de la zona centrorfacial y perinasal. Sin embargo, el tumor también puede aparecer en el tronco y las extremidades.^{3,4}

Hoy en día, el CBE es considerado un subtipo de carcinoma basocelular con comportamiento mucho más agresivo.³ El CBE puede presentarse en toda la lesión o, con más frecuencia, solo en sectores de un carcinoma basocelular.⁵

Se han descrito tasas de recurrencia entre 12 % y 50 % para los CBE de cabeza y cuello, con tasas de metástasis entre 5 % y 7,4 % en seguimientos de hasta 20 años.^{2,3}

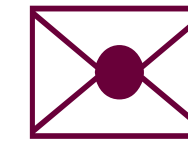
En la actualidad, el tratamiento del CBE es estándar, incluye la resección amplia de la lesión, para asegurar márgenes negativos, la evaluación del compromiso nodal y de las metástasis a distancia y el seguimiento cuidadoso.⁴

Referencias bibliográficas

1. Camacho FM. Carcinoma basoescamoso. En: Camacho FM, et al. (editores). Dermatología Práctica Ibero-Latinoamericana. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica. México D.F: Nieto Editores; 2005. p. 1453,1454.
2. Bowman H, et al. Basosquamous carcinoma. Dermatol Surg. 2003;29: 830-832.
3. García C, et al. Basosquamous carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2009; 60:137-143.
4. Costantino D, et al. Basosquamous carcinoma-an under-recognized, high-risk cutaneous neoplasm: Case study and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59:424-428.
5. Valle-Yanes I, et al. Basal cell carcinoma. Bibliographical review. Policlinico Belkys Sotomayor Ciego de Avila. bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/.../r2_v11_supl205

Mujer de 58 años que acude al servicio de Dermatología por presentar una lesión de piel en el muslo izquierdo, con tiempo de enfermedad aproximado de 15 años, con aumento de tamaño, leve prurito y sangrado frecuente al roce de la ropa. Sin antecedentes contributivos. Al examen dermatológico, en muslo izquierdo, lesión ulcerada de 7 x 4 cm, con bordes irregulares, superficie mamelonada, granulomatosa, friable y con tendencia al sangrado.

Cartas al editor



INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR MERCURIO ELEMENTAL

Señor editor:

El reporte de caso 'Intoxicación accidental por mercurio elemental' me ha dejado una serie de dudas y quisiera aclarar algunos aspectos.

El mercurio es un metal, no es un metaloide como se menciona en cierto párrafo de la revista.

Las imágenes radiopacas en las radiografías de tórax no pueden ser explicadas por la inhalación de vapores de mercurio, solo se pueden ver estas imágenes cuando el mercurio metálico ingresa por vía endovenosa. En la literatura se describe imágenes radiopacas puntiformes o lineales, que pueden formar ramificaciones cuando el mercurio ingresa a través de una vena, tal como se ve en la foto publicada de la radiografía. Que la paciente se haya aspirado me parece alejado, ya que cuando se produce una neumonía aspirativa por mercurio el paciente está grave desde el inicio de la aspiración y no tardíamente como ocurre en este caso. Además, no hubo compromiso de la conciencia, por otro lado las imágenes que se ven comprometen gran parte de los campos pulmonares y no tiene la distribución de una neumonía aspirativa y, según lo reportado, la paciente no presentó tos ni vómitos el día de la ingesta.

Por lo antes mencionado y sabiendo que el mercurio metálico no se absorbe por el tracto gastrointestinal, si esta paciente hubiera ingerido el metal no tendría intoxicación salvo que hubiera alguna enfermedad gastrointestinal, como por ejemplo una fístula.

Según lo reportado, la fecha de ingreso a Emergencia fue el 23 de agosto de 2012, a ese día la paciente tenía tres meses de enfermedad, y la fecha de la tomografía espiral multicorte (TEM) toracoabdominal es el 14 de agosto de 2012, es decir que fue realizada a los 2 meses y 20 días

de la ingesta, por lo que en el tubo digestivo no deberían quedar restos del metal. Lo que se estaría viendo sería el mercurio que hubiera quedado depositado en los tejidos luego de circular por la vía endovenosa.

Si bien la proteinuria de la paciente no alcanza el rango nefrótico, ya indica un daño renal, un examen que ayuda a ver el compromiso renal por metales es la β_2 microglobulina en orina.

Por lo dicho, me parece que la paciente tuvo exposición endovenosa a mercurio metálico, lo cual implicaría un pronóstico malo ya que los quelantes no podrían eliminar el metal depositado así recibiera el medicamento toda su vida. Los pacientes podrían tener mejoría parcial pero los efectos a largo plazo del tratamiento quelante aún no son claros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Contreras C, Vásquez N, Díaz L. Intoxicación accidental por mercurio elemental. Acta Med Per. 2013;30(1):26-30.
- 2 Young-Jin S. Mercury. In: Flomenbaum, NE, Goldfrank LR, Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, editors. Goldfrank's: Toxicologic emergencies. Nueva York: McGraw-Hill; 2002. p. 1334-1344.
- 3 Baddi L, Ray D. An unusual nosocomial pneumonia. Chest. 2002;122:1077-1079.
- 4 Baum CR. Mercury: Heavy metals and inorganic agents. In: Shannon MW, Borron SW, Burns MJ, editors. Shannon: Haddad and Winchester's Clinical management of poisoning and drug overdose. Philadelphia: Saunders; 2007. p. 750-756.
- 5 Iesato K, Wakashin M, Wakashin Y, Tojo S. Renal tubular dysfunction in Minamata disease: Detection of renal tubular antigen and beta-2-microglobulin in the urine. Ann Intern Med. 1977;86:731-737.
- 6 Eyer F, Felgenhauer N, Pfab R, Drasch G, Zilker T. Neither DMPS nor DMSA is effective in quantitative elimination of elemental mercury after intentional IV injection. Clin Toxicology (Phila). 2006;44:395-397.
- 7 McFee RB, Caraccio TR. Intravenous mercury injection and ingestion: clinical manifestations and management. J Toxicol Clin Toxicol. 2001;39(7):733-738.

Melinda M. Valdivia-Infantas

Médica especialista en Toxicología y en Medicina Interna. Servicio de Emergencia, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima. Docente Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. melinda.valdivia@upch.pe